FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 54

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1887

PAR

ALEXANDRE-MARIE TRÉGUIER

Né à Concarneau (Finistère), le 3 Juillet 1859

MÉDECIN DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS, Professeur, *Président.*
LANELONGUE, Professeur
BOURSIER, Agrégé
PLANTEAU, Agrégé
Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 20, place Pey-Berland.
—
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 54

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1887

PAR

ALEXANDRE-MARIE TRÉGUIER

Né à Concarneau (Finistère), le 3 Juillet 1859

MÉDECIN DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DEMONS, Professeur, *Président.*
LANELONGUE, Professeur
BOURSIER, Agrégé
PLANTEAU, Agrégé
Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Pey-Berland.

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M PITRES..... Doyen | M. DENUCÉ..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

M. DENUCÉ.....
M. BITOT..... } Professeurs honoraires.
M. MICÉ.....

	MESSIEURS
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générales	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirugicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. LANDE. MOUSSOUS.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DUDON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie.... M. PLANTEAU. M. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	N.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf..... MM. NÉGRIÉ . | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enf..... BITOT. | Maladies mentales ..... N....

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON ONCLE L'ABBÉ A. GUÉGAN

A MON ONCLE A. GUÉGAN

Conseiller général du département du Finistère.

A MES SŒURS ET FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Officier d'Académie,

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Le travail que nous soumettons à l'appréciation de nos juges a pour but d'indiquer les progrès récents accomplis par l'*Hystérectomie vaginale*.

Après un aperçu historique, nous discutons sommairement les indications et les contre-indications de la méthode : les procédés opératoires les plus nouveaux sont décrits; nous exposons ensuite brièvement le pansement, les soins consécutifs, les accidents, les causes de mort, la mortalité opératoire et les résultats éloignés de l'opération. Comme on le verra, nous avons tenté, dans la mesure de nos moyens, d'écrire un plaidoyer en faveur d'une opération autrefois honnie et vilipendée, et maintenant en honneur auprès d'un grand nombre. Toutefois, si elle a ses partisans convaincus et nombreux, elle a aussi des détracteurs avec lesquels il faut compter.

Dans ces dernières années, les travaux relatifs à la *Colpohystérectomie* n'ont pas manqué, et il n'est pas de semaine où journaux ou revues ne nous apportent quelque fait s'y rattachant; nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile de résumer tous ces arti-

cles de manière à pouvoir esquisser à grands traits l'aspect de l'opération, telle qu'elle se présente au moment où nous écrivons. Nous n'avons pas voulu traiter tel ou tel point particulier : c'est une vue d'ensemble que nous présentons.

Nous remercions M. le Dr Demons pour l'insigne honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence d'une Thèse consacrée à la description d'une opération dont il a été, par ses écrits et par sa pratique, le restaurateur en notre pays.

Que MM. les Drs Dudon et Piéchaud, professeurs agrégés ; Mandillon, chirurgien des hôpitaux, veuillent bien agréer nos remerciements pour les observations qu'ils ont bien voulu mettre à notre disposition.

HISTORIQUE

L'Hystérectomie vaginale est une opération qui remonte au commencement de ce siècle. Langenbeck (1813), Sauter (1822), Siebold, Holscher, Blundell (1828) e Lizars l'avaient déjà pratiquée quand Récamier, en 1829, fit connaître le procédé opératoire encore maintenant employé par les chirurgiens, à part certaines modifications de détail. Le premier, il eut le mérite de parer au principal accident de l'opération, l'hémorrhagie, par la ligature préalable des ligaments larges. L'extirpation totale de l'utérus par le vagin, si elle n'a pas vu le jour en France, n'en est pas moins une conquête de la chirurgie française, et l'on ne peut qu'être de l'avis de M. Demons disant qu'il ne serait que justice d'appeler l'Hystérectomie vaginale : *l'opération de Récamier*.

Récamier la pratiqua le 26 juillet 1829 pour un cancer de l'utérus. Ce fut un beau début. La terminaison absolue de la cicatrisation et la parfaite souplesse de la cicatrice et de toutes les parties environnantes furent constatées le 5 septembre, c'est-à-dire quarante-trois jours après l'opération, et l'opérée sortit de l'hôpital le 7 septembre.

En cette même année, Roux, aidé de Récamier, fit deux fois la colpohystérectomie. Ses malades moururent, l'une au bout de 36 heures, l'autre au bout de 24.

En 1830, Delpech renouvela, dit-on, l'opération ; mais de 1830 à 1882, elle fut, en France, absolument abandonnée. Les auteurs n'en parlèrent que pour mémoire ou pour la rejeter.

Duparcque s'exprime en ces termes :

« On sera autorisé à se demander s'il ne serait pas plus avantageux pour l'humanité et pour la science elle-même d'abandonner une opération qui, pour un bien petit nombre de succès, présente tant de chances périlleuses. »

Boyer, Marjolin la condamnent.

Lisfranc et Sédillot ne la conseillent pas.

Aran affirme que « l'extirpation de l'utérus est une de ces folies chirurgicales qui ne tenteront personne. »

Nélaton, sans employer les mêmes expressions, est d'un avis semblable, et Alphonse Guérin la regarde comme « une opération qu'il est inutile de décrire. »

Les opinions émises par les maîtres de la chirurgie française étaient peu faites, on le voit, pour encourager un essai même timide de restauration. Il fallut, pour retirer du discrédit profond attaché à l'Hystérectomie et la remettre en honneur, l'avènement de la méthode antiseptique, avec les progrès rapides dont elle fit bénéficier l'art chirurgical. C'est Czerny, de Heidelberg, suivi peu de temps après par Billroth, qui en 1878, donna le premier le signal. Il fut entendu par Schröder, Martin et Olshausen à Berlin, Sänger à Vienne, Kocher en Suisse, Bompiani, Bottini, Navarro en Italie. Toutefois, malgré les succès obtenus à l'étranger, on paraissait en France n'y faire aucune attention, et ce n'est que quatre ans après, le 25 octobre 1882, que M. Péan pratiqua la colpohystérectomie pour des fibromes de l'utérus.

Quelques semaines plus tard, le 9 décembre de la même année,

M. Demons, à Bordeaux, renouvelait pour un carcinome utérin une opération qui chez nous était tombée pendant cinquante-deux ans dans le plus parfait oubli. Son exemple fut bientôt suivi par MM. Dudon et Mandillon. « La première publication récente faite en France sur l'Hystérectomie vaginale, dit Maurice Hache, dans la *Revue des Sciences médicales* (15 avril 1887), est la communication de M. Demons à l'Académie de Médecine, le 12 juin 1883. C'est donc à lui que revient l'honneur d'avoir attiré de nouveau l'attention des chirurgiens de notre pays sur cette opération. (1)

» Toutefois, elle fut encore, en 1884, défavorablement jugée par la Société de Chirurgie de Paris. Ce n'est que vers le milieu de 1885 que ses membres l'adoptèrent. »

Depuis lors, bon nombre d'opérateurs l'ont exécutée maintes fois et en ont fait connaître les avantages. Aujourd'hui, l'Hystérectomie vaginale, définitivement réhabilitée, apparaît pour bien des chirurgiens comme la seule ressource à opposer à ce redoutable cancer de l'utérus contre lequel échouaient jadis infailliblement tous nos moyens d'action, et dont nous pouvons maintenant espérer, sinon toujours la guérison, au moins retarder souvent la marche envahissante. L'Hystérectomie vaginale ayant surtout été pratiquée pour des cancers, nous allons faire sommairement l'histoire de ces néoplasmes.

(1) Ce point n'avait pas été jusqu'ici suffisamment mis en lumière. Parmi les auteurs qui ont traité de l'hystérectomie, il en est qui semblent oublier que, si M. Péan a, quelques semaines avant M. Demons, pratiqué la colpohystérectomie, cette opération a été ignorée de tous, n'a été l'objet d'aucune communication, soit dans les journaux, soit dans les Sociétés savantes, et a été faite pour des tumeurs fibreuses interstitielles et sous-péritonéales. L'application de l'hystérectomie vaginale au traitement du cancer utérin a constitué une tentative autrement audacieuse dont tout l'honneur revient à M. Demons, qui l'exécuta après un voyage qu'il fit à Berlin, où il vit opérer Küster. En outre, par ses publications, il retirait de l'oubli cette opération avec laquelle il inaugurait une ère brillante et féconde du traitement des cancers de l'utérus.

CANCERS DE L'UTÉRUS ET HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Le cancer de la matrice se préseute sous plusieurs formes dont la fréquence relative n'est pas parfaitement déterminée : le squirrhe est très rare. Sur 170 cas, West a trouvé 137 cas de cancer médullaire encéphaloïde contre 28 épithéliomas et 1 squirrhe.

Au point de vue clinique, il faut distinguer le cancer du col du cancer du corps.

Le cancer du corps de la matrice est très exceptionnel et rarement primitif : 1 sur 429 (Courty), 1 sur 420 (Förster), 1 sur 900 (Goldschmidt). Il débute alors par la muqueuse, dans les glandes de celle-ci, et affecte deux formes, l'une diffuse, l'autre circonscrite, qui se terminent rapidement l'une et l'autre par l'ulcération et la nécrose.

Le cancer du col est autrement fréquent. C'est là qu'il apparaît tout d'abord pour se propager ensuite au corps et aux annexes. Il a tantôt la forme d'une ulcération, parfois il est infiltré, ou bien encore ressemble à un chou-fleur, à un papillome plus ou moins volumineux.

Selon le mode de propagation, Ruge et Veit (1) distinguent le cancer de la portion vaginale du museau de tanche et le cancer du canal cervical.

Le premier, qui est le plus fréquent, naît sur la muqueuse extérieure du col et ne pénètre pas dans sa cavité. Il s'étend en surface et peu en profondeur, de telle sorte que les culs-de-sac vaginaux sont atteints rapidement. Les cellules cancéreuses pénétrant ensuite le tissu cellulaire des ligaments larges, lequel double les culs-de-sac, envahissent les organes voisins, la vessie, l'uretère : d'où cystite, hydronéphrose, pyélo-néphrite, urémie, et, à une époque généralement plus tardive, le Rectum. Mais, ce qu'il faut soigneusement noter, et tous les auteurs ont insisté sur ce fait, c'est que cet envahissement cancéreux, ainsi généralisé aux tissus voisins, précède l'infiltration du corps de l'utérus.

Le cancer du canal cervical se développe sur la muqueuse avant d'atteindre la paroi musculaire qui la double. Le tissu morbide atteint rapidement la muqueuse du corps, puis les fibres musculaires qu'il envahit : « Ce qui est surtout remarquable, dit de Madec, c'est qu'il est longtemps séparé des annexes par une couche de tissu utérin normal, tandis que son développement vers les parties hautes se fait de bonne heure.

« On peut trouver un col à peine ulcéré à sa face interne, et croire à une lésion très limitée, tandis que l'épithéliome a déjà envoyé vers la muqueuse utérine, à travers l'isthme, des traînées morbides qui ne se révèlent par aucun signe. Bientôt, toute la muqueuse du corps est envahie secondairement ; après la muqueuse, le tissu musculaire ; peu à peu l'utérus, miné par sa face interne, est transformé en une coque mince qui s'infiltre à son tour et devient adhérente aux parties voisines.

(1) Ruge et Veit. Der Krebs der gebarmutter, Zeitschrift für Geburtshülfe und gynæcologie 1881,

« Cette forme cavitaire de l'épithéliome n'est pas la plus fréquente, mais elle est loin d'être rare, et on trouve dans les auteurs un grand nombre de faits qui s'y rapportent. »

En général, le diagnostic du cancer utérin n'offre pas de difficultés. Le facies des malades, joint aux symptômes rationnels, — métrorrhagies, pertes ichoreuses et fétides, douleurs, — fait soupçonner le mal, et le toucher et l'examen au spéculum convertissent ces présomptions en certitude. Cependant, cette question du diagnostic n'est pas toujours facile à résoudre : un ou plusieurs symptômes peuvent faire défaut ou bien même être de nature telle qu'ils ne fixent pas l'attention sur l'utérus. On hésite entre divers états morbides : cancer, sarcome, métrite chronique (1), polypes, fibromes.

L'engorgement chronique du col caractérisé par son hypertrophie avec induration a été maintes fois confondu avec le cancer parenchymateux au début. Il est alors nécessaire de râcler le tissu ou d'y donner un coup de ciseau pour en faire l'examen microscopique.

Un cancer de l'utérus étant reconnu, que faut-il faire ?

L'intervention dépend de l'état des organes voisins et annexes : il faut, pour qu'une hystérectomie vaginale soit indiquée, que ceux-ci soient absolument sains, c'est-à-dire que l'affection soit limitée au col ou au corps de l'utérus, et qu'elle ne soit pas propagée aux ligaments larges et aux culs-de-sac du vagin. Reconnaître l'état des culs-de-sac vaginaux est chose facile, mais autrement incertain est celui des ligaments larges, et, à ce sujet, Schrœder indique un procédé qui consiste à pratiquer simultanément le toucher rectal et le toucher vaginal pendant qu'un aide, muni d'une pince, prenant un point d'appui sur le col, attire l'utérus vers la vulve : les ligaments larges

(1) L'an dernier, M. Pozzi pratiquait l'hystérectomie pour une métrite hémorrhagique. L'examen histologique, pratiqué au collège de France, a montré qu'il s'agissait non d'une métrite hémorrhagique, comme l'avait cru M. Pozzi, l'opération faite, mais d'un cancer villeux de la muqueuse du corps.

sont ainsi palpés par les doigts. Ce procédé permet en outre de constater la mobilité de l'utérus, condition importante sur laquelle les antécédents morbides auront déjà fourni quelque lumière. Les adhérences résultant d'un phlegmon périutérin, de métrites, d'hématocèles sont en effet assez fréquentes ; dans ces cas, on peut trouver tous les degrés de l'inflammation, depuis le simple épaississement du péritoine pelvien, jusqu'à « l'empâtement de tous les organes de la région dans une gangue épaisse, d'une dureté cartilagineuse, qui maintient l'utérus comme dans un étau. » (Doche).

Des brides fibreuses, étendues de l'utérus aux tissus voisins, exposent à des tiraillements et à des tractions qui ne sont pas sans dangers. L'immobilité de l'utérus, due à ces néoformations simplement inflammatoires, est pour un certain nombre de chirurgiens une contre-indication, quand elle est absolue, et ne cède pas à des efforts prudents et mesurés.

L'infiltration cancéreuse peut avoir envahi les ligaments larges, les ganglions pelviens, le vagin, la cloison recto-vaginale, et même le bas-fond de la vessie et le rectum. En pareil cas, M. Terrier n'hésite pas à opérer, tant que l'extirpation de la portion envahie du rectum ou de la vessie ne sera pas incompatible avec la vie : c'est aussi l'avis de Mikulicz affirmant « qu'il ne faut pas craindre d'attaquer franchement le rectum et la vessie, qui ne sont pas des organes essentiels à la vie ». Nous estimons qu'il est bien plus sage de ne pas tenter d'opération en de telles conditions, pensant, avec le professeur Trélat « qu'opérer dans ces cas, c'est aller au-devant d'un insuccès opératoire immédiat, ou d'une récidive rapide, souvent même avant la cicatrisation de la plaie. Mieux vaut s'en tenir aux moyens palliatifs ordinaires. »

Plaçons-nous dans l'hypothèse où le cancer n'a pas eu le temps de se propager : les organes voisins sont intacts ; la question se pose alors entre l'amputation du col et l'Hystérectomie.

L'amputation du col peut-être sous-vaginale ou sus-vaginale.

L'amputation sous-vaginale possède à son actif quelques succès, des récidives retardées même de plusieurs années ; mais ces cas heureux sont bien rares si on les compare aux insuccès innombrables qu'elle a donnés, et qui s'expliquent par la prolifération des cellules cancéreuses qu'on a fatalement laissées dans le moignon du col. Aussi beaucoup de chirurgiens la déclarent insuffisante et même inutile : c'est néanmoins une ressource précieuse, quoique minime, dans certains cas, ceux par exemple ou des malades et des familles qu'effraie l'idée d'une grande opération réclameront seulement l'intervention la plus limitée de la part du chirurgien.

L'amputation supra-vaginale ne peut, elle, être discutée en quelques lignes : un certain nombre de chirurgiens la préfèrent, et c'est entre cette opération et la colpohystérectomie que la lutte est ouverte.

Un principe général, admis par tous les chirurgiens, domine l'histoire des cancers, quels qu'en soient le siège et la nature ; il faut les extirper le plus tôt possible, et le plus loin possible de leurs limites. Comment se fait-il que pour certains, le cancer de l'utérus fasse exception à cette règle ?

« Dans ces dernières années, écrit le professeur Kœberlé, de Strasbourg (1), il a été beaucoup question de la guérison du cancer utérin par l'ablation totale de la matrice. On est parti de ce point de vue théorique, en apparence plausible, qu'une ablation complète de l'utérus doit mettre plus à l'abri d'une récidive qu'une ablation partielle. Malheureusement cette théorie n'est guère justifiée ni par les résultats des nombreuses opérations de ce genre qu'on a pratiquées, ni par les données de l'anatomie pathologique, et il me semble qu'on n'a pas tenu compte de certains principes importants qui dominent la question..... Aussi longtemps que l'affection cancéreuse n'est pas généralisée et que la dégénérescence maligne n'a pas envahi les ligaments larges et les glandes lymphatiques de la matrice, le fond et

(1) *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 26 février 1886.

le corps de cet organe restent sains et il est absolument inutile de les enlever.

D'autre part, dans les cas de carcinome primitif du corps de la matrice, dans les cas d'épithlioma, de papillome, de fongosités, etc., de la muqueuse de la cavité utérine, il est inutile d'enlever le col utérin lorsque cet organe est resté normal.

L'ablation totale de la matrice, soit par la laparotomie, soit par la voie vaginale, étant incontestablement plus difficile, plus dangereuse que l'ablation partielle, soit du col, soit du corps de la matrice, l'Hystérectomie doit être réservée pour des cas absolument spéciaux, pour les cas dans lesquels l'Hystérotomie partielle ne permet pas de rechercher toutes les parties malades.

Conformément à ces prémisses..... l'hystérotomie vaginale, qui permet d'enlever aisément, dans la plupart des cas, le segment inférieur de la matrice jusqu'à l'orifice interne du col, c'est-à-dire toutes les parties malades, lorsque le cancer n'est pas encore devenu incurable, sera toujours suffisante pour obtenir la guérison, si tant est qu'elle est encore possible.»

Une opération d'hystérectomie vaginale pratiquée par Kœberlé, et suivie de mort par hémorrhagie vint encore refroidir son peu d'enthousiasme pour les opérations de ce genre : « Je les abandonne volontiers, écrit-il plus loin, aux chirurgiens dont l'ardeur pour les nouveautés chirurgicales tapageuses n'a pas encore été soumise à de rudes épreuves. Le praticien réfléchi, dans ces cas difficiles, sera toujours d'une réserve extrême, car, dans les nombreuses hystérectomies entreprises à la suite d'un véritable cancer, il n'est guère possible de citer des cas de guérison. La mortalité immédiate est excessive et les opérées, qui guérissent de l'opération, succombent en général d'une manière plus rapide aux suites ultérieures de la dégénérescence. »

René de Madec a, croyons-nous, refuté victorieusement dans sa

thèse de Doctorat en chirurgie, les objections soulevées par le professeur éminent de Strasbourg :

« Ainsi, dit-il, la gravité de l'hystérectomie vaginale et son peu d'utilité contre la récidive, tels sont les deux arguments qu'on lui oppose.

Mais sa gravité n'est plus celle d'autrefois : elle donne des séries de guérison très encourageantes, parmi lesquelles nous citerons au hasard celles de Léopold (26 cas avec 2 morts), et celle de Klotz (17 cas sans un insuccès) (1).

Sur la question de la récidive, je répondrai à M. Kœberlé : En disant que le fond de l'utérus est toujours sain quand la tumeur est opérable, vous oubliez toute la série des cancers débutant par le canal cervical, et qui gagnent rapidement, comme nous l'avons vu, a muqueuse du corps. Au moment où l'intervention est décidée, aucun signe n'indique si cette muqueuse est déjà envahie ; et toujours on risque de laisser en place un organe contenant les germes de la récidive. Ceux-ci peuvent passer inaperçus, n'étant constitués que par des traînées superficielles qui entament à peine la muqueuse ; ou bien, au contraire, après avoir enlevé le segment inférieur de l'utérus, on trouvera des végétations dans le fond de l'organe, et on sera réduit à les poursuivre par le grattage ou le thermocautère. Et cette opération incomplète sera d'autant plus regrettable, que cette forme de cancer, longtemps contenue dans la cavité utérine, à distance des organes voisins, donne un assez long répit au chirurgien et se prête merveilleusement à une extirpation radicale.

D'ailleurs, les cancers mêmes de la portion vaginale me paraissent échapper à l'argumentation de M. Kœberlé. Quand on fait l'amputation d'un épithélioma végétant qui n'a pas encore touché les annexes, je veux bien qu'en général il ne monte pas très haut dans l'épaisseur même de la paroi utérine ; mais il est impossible d'affirmer que les

(1) *Société obstétricale et gynécologique de Dresde*, séance du 16 mai 1886.

interstices des fibres musculaires ne contiennent pas quelques cellules cancéreuses au-delà des limites qu'atteindra le bistouri....

..... Pour que le raisonnement de M. Kœberlé fût exact, il faudrait que le fragment d'utérus laissé dans la plaie ne fût jamais le point de départ de la récidive. Or, sait-on quel est ce point de départ? Quand la malade se fait examiner pour de nouvelles douleurs, souvent la tumeur est diffuse ; on sent la paroi vaginale infiltrée et des masses dures en avant du moignon. Qui peut dire, en pareil cas, d'où ces masses proviennent, si elles sont nées aux dépens de l'utérus ou des tissus qui l'environnent ?

Il est donc plus sûr, *à priori*, d'enlever tout l'organe..... L'action chirurgicale doit porter ici jusqu'aux limites supérieures de la région en enlevant toute la matrice, empiéter sur les parties latérales, et j'ajoute ne pas négliger les abords mêmes du foyer opératoire, c'est-à-dire la paroi vaginale. » Nous reviendrons plus loin sur le précepte formulé ici de la résection partielle du vagin.

Faisant un retour sur les pages qui précèdent, nous voyons donc qu'il est des cancers limités et des cancers propagés. Du travail de Martin, qui contient, en même temps que la série opératoire de beaucoup la plus considérable, le plus grand nombre de cas revus plusieurs années après l'opération, on peut conclure que la colpohystérectomie trouve une indication formelle et précise dans les cancers du corps et dans les cancers du canal cervical, tant que les limites de l'utérus ne sont pas atteintes par la néoplasie.

Maurice Hache (1), à qui nous empruntons ce fait et que nous aurons l'occasion de citer plus d'une fois dans le cours de notre travail, ajoute que dans les cancers du corps, opérés dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale donne des résultats opératoires un peu meilleurs que l'amputation supra-vaginale et des résultats définitifs bien supérieurs. Les cancers de la cavité cervicale, plus fréquents

(1) *Loco citato*.

qu'on ne le croyait autrefois, paraissent donner, au point de vue de la récidive, de meilleurs résultats que les cancers de la portion vaginale après l'hystérectomie.

Pour les cancers superficiels et très limités du museau de tanche, l'amputation supra-vaginale serait, d'après les statistiques et les relevés de Martin, préférable à l'hystérectomie.

Pour les cancers à propagation inaccessible, ganglionnaire ou autre, les hystérectomies palliatives sont entièrement à rejeter : elles font courir à l'opérée des dangers bien plus grands de péritonite et de septicémie ; elles exposent plus fréquemment à l'ouverture de la vessie et à la blessure des uretères, et dans un temps plus éloigné, à des accidents urémiques occasionnés par les lésions rénales consécutives à la compression des uretères, dont on connaît la fréquence aux dernières périodes du cancer.

Enfin, l'envahissement même très limité du vagin est bien près d'être considéré comme une contre-indication absolue à l'hystérectomie et doit faire craindre en tout cas une récidive rapide.

Avant d'étudier les modifications apportées au procédé de Récamier, par les chirurgiens modernes, il est nécessaire de rapporter un certain nombre de détails préliminaires qui ont chacun leur importance et qui sont communs à tous les opérateurs : nous voulons parler des précautions prises pour assurer l'antisepsie. Tout d'abord le vagin est soigneusement rendu antiseptique. Sept à huit jours avant celui fixé pour l'opération, on y pratique des injections répétées avec une solution phéniquée ou de biiodure, préférable pour certains à la liqueur de Van Swieten, qui est, paraît-il, assez souvent mal supportée. Dès l'avant-veille, on devra remplir le vagin de gaze iodoformée qu'on changera chaque jour. La veille, on administre un purgatif, et un lavement le matin de l'opération. Le sujet, les jambes et les cuisses bien enveloppées d'ouate, le tronc entouré

(1) Récamier. *Recherches sur le traitement du cancer.* Paris, 1821.

de linges chauds, est couché sur une table à opération, dans la position de la taille périnéale, devant une fenêtre ne ménageant pas le jour. Les cuisses sont écartées par deux aides. Les poils du pubis ont été rasés ; on vide la vessie ; la vulve et les parties voisines sont lavées à grande eau avec la solution choisie déjà, et on fait un dernier lavage antiseptique du vagin avec le même liquide. Pour que l'antisepsie soit plus complète, on a conseillé de badigeonner le col avec une solution de chlorure de zinc, qui diminuerait l'écoulement de sang.

Le sujet est anesthésié jusqu'à résolution complète.

Chez les nullipares ou les femmes d'un certain âge, le vagin et la vulve sont quelquefois d'une étroitesse telle qu'elle constitue alors une difficulté réelle ; en ce cas, il sera bon de faire la dilatation préalable au moyen de dilatateurs en caoutchouc durci, ou bien encore, si ce moyen est insuffisant, de pratiquer une incision périnéale.

Procédé de M. Demons

M. Demons divise l'opération en quatre temps :

1er *Temps*. — Abaissement de l'utérus

Les parois vaginales sont écartées l'une de l'autre avec des spéculums univalves, minces, courts et larges. Quand le col utérin est visible, on le saisit avec des pinces de Museux, aussi haut que possible, sur des tissus résistants. M. Demons conseille d'avoir des pinces à branches grêles pour tenir peu de place ; et longues, afin de porter les anneaux loin de la vulve. Ces pinces de Museux, modifiées par le chirurgien de Bordeaux, ont des griffes peu recourbées,

saisissant parfaitement le col ; à l'extrémité opposée, une tige transversale, munie de nombreux crans d'arrêt, permet de tenir solidement saisie une couche de tissus plus ou moins épaisse. Ce instrument est figuré dans la *Revue de chirurgie* du 10 août 1884.

M. Demons a imaginé en outre un endoceps dont les griffes s'implantent dans le tissu résistant du fond de l'utérus quand le col est transformé en un champignon mollasse et fongueux n'offrant pas de point d'appui solide aux pinces ordinaires.

Le col ayant été ainsi pincé, on exerce des tractions lentes pour abaisser l'utérus vers la vulve, tout en pressant sur le fond de cet organe à travers la paroi abdominale.

2me *Temps.* — Incision du vagin — Décollement du col

Avec un bistouri droit, on pratique d'un seul coup une section circulaire de la paroi vaginale sur des parties absolument saines et à un centimètre à peu près du col. Cela fait, l'extrémité de l'index droit est introduite entre les lèvres de l'incision, et poussée en haut en rasant l'utérus de manière à séparer le col des tissus qui l'environnent. « Sur les côtés et en arrière, on se contente d'un décollement rapide et incomplet, tandis qu'en avant on enfonce le doigt plus profondément, en glissant toujours sur la paroi utérine et en élargissant l'ouverture par des mouvements de va-et-vient, de droite à gauche, et de gauche à droite. On parvient ainsi en peu d'instants jusqu'au cul-du-sac antérieur du péritoine. Le doigt est préférable à tout autre instrument mousse....

3me *Temps.* — Ouverture du péritoine — Renversement de l'utérus

Le cul-de-sac antérieur du péritoine est ouvert, soit avec le doigt s'il ne résiste pas trop, soit avec le bistouri, sans oublier de ne point

s'écarter de l'utérus, car il importe absolument d'épargner la vessie. L'incision est agrandie de chaque côté, de manière à constituer une large porte d'entrée dans la cavité abdominale.

Par cette brèche, un ou deux doigts introduits, glissant le long de la face antérieure de la matrice, en atteignent le fond qu'ils accrochent, qu'ils attirent en avant, puis en bas, et finalement ils le font basculer à travers l'incision du vagin. L'utérus est renversé ; son bord et ses angles supérieurs apparaissent aux regards. Les doigts ne sont pas toujours assez longs pour accomplir cette besogne ; on supplée à leur insuffisance par une érigne glissée à plat sur eux.

1^me^ *Temps.* — Ligature et section des ligaments larges.

Ce temps est sans conteste le plus délicat et le plus difficile.....

Avec une aiguille courbe, montée sur un manche et percée vers sa pointe (aiguille de Cooper), on porte un fil autour du tiers supérieur du ligament large, sans traverser la trompe ; on lie de la même manière avec un autre fil le tiers moyen, et enfin le tiers inférieur qui comprend l'artère utérine avec un troisième fil. Quelquefois une ou deux ligatures supplémentaires sont utiles. Il faut exercer une énergique constriction et bien serrer les nœuds, afin d'éviter le glissement des fils, glissement rendu facile par la nature des tissus et par leur tendance à remonter vers l'abdomen quand la traction a cessé. Faut-il donner la préférence au fil de soie ou au catgut? Ce dernier me semble devoir être choisi, quoiqu'il soit plus malaisé de le bien serrer, car il se résorbe mieux. Le catgut n° 1 suffit pour les ligatures supérieures ; en bas, les n^os^ 2 ou 3 sont employés avec plus d'avantage. Tous ces fils doivent être passés le plus loin possible de l'utérus ; on pourra ainsi sectionner les ligaments larges dans des portions saines et prévenir le glissement des fils. Cette section se fait, soit avec un bistouri boutonné, soit avec des ciseaux mousses.

Du côté de l'utérus, les vaisseaux ouverts donnent un peu de sang, mais pas suffisamment pour nécessiter des ligatures doubles : la pression des doigts ou quelques pinces à forcipressure en ont raison. Après avoir détaché l'utérus d'un côté, on procède de la même manière sur l'autre côté et avec une facilité plus grande. Puis, l'on coupe transversalement avec le bistouri le péritoine qui recouvre la face postérieure. Enfin, s'il en est besoin, l'on achève la section du vagin. L'utérus tombe. Il ne faut pas enlever les ovaires, car, après la guérison, les opérées n'éprouvent aucune douleur vive à l'époque des menstrues et n'ont point d'hémorrhagie intra-abdominale. (1).

Procédé de M. Péan

Nous empruntons à la thèse de A. Gomet la description de ce procédé qui offre quelques particularités.

La malade est couchée sur le côté gauche, dans la position de la fistule vésico-vaginale.

Après les soins de propreté ordinaire, le vagin est écarté à l'aide de valves dont la forme et les dimensions sont intermédiaires à celles de Jobert et de Sims.

Le col de l'utérus est saisi et abaissé avec des pinces ; s'il est sain, M. Péan le coupe en deux moitiés, par deux incisions latérales, de façon qu'il a deux sortes de languettes solides sur chacune desquelles il applique une pince à traction.

(1) Il n'y a point non-seulement hémorrhagie intra-abdominale, mais encore certains signes, autrefois caractéristiques de la venue des règles, font défaut. L'une des opérées de M. Demons était infailliblement avertie du retour prochain des menstrues par une sensation de faim exagérée. Cette sensation a absolument disparu depuis l'opération.

Ceci fait, il incise circulairement le vagin sur tout le pourtour du col de l'utérus en se rapprochant le plus possible de cet organe, il détache à l'aide d'instruments mousses ou avec les doigts tous les tissus qui recouvrent le col jusqu'au péritoine en avant et en arrière et à travers la partie inférieure des ligaments larges sur les côtés.

Le péritoine est ouvert en arrière d'abord, puis en avant.

Il explore ensuite l'utérus et tout ce qui s'y rattache, et toutes les fois que c'est possible, il accroche avec le doigt le fond de l'utérus qu'il fait basculer en arrière et de façon à amener l'organe à la vulve. Les ligaments larges ont subi alors une torsion d'un demi-tour et l'utérus vient s'appliquer transversalement contre la vulve, le fond en arrière, le col en avant.

Les ligaments larges sont saisis avec une ou plusieurs pinces appropriées, leur ligature est faite en commençant par le supérieur; il coupe entre les pinces et applique deux ligatures sur chaque ligament large.

Si le mouvement de bascule de l'utérus est impossible, s'il est difficile de lier tout ou partie des ligaments larges, ou s'il le juge à propos, il laisse les pinces à pression en place de 12 à 36 heures.

Dans les cas de fibromes interstitiels ou sous-muqueux, l'incision de l'épaisseur de l'organe, déjà commencée sur les parties latérales du col, est prolongée sur toute la hauteur de l'organe, qui se trouve ainsi partagé en deux moitiés, grâce à ces incisions latérales et à d'autres, faites dans le tissu utérin. S'il en est besoin, il énuclée les petits fibromes, puis il enlève ensuite l'utérus qui leur formait une coque.

S'il y a nécessité, les ovaires et les trompes sont excisés après ligature. L'utérus est enlevé et les ligaments larges liés.

M. Péan, qui a vu assez souvent l'intestin et le péritoine sortir par la plaie, ferme toujours l'ouverture vagino-péritonéale par 10 à 20 points de suture avec fil métallique, qu'il passe au moyen de son chasse-fil. Chaque point de suture traverse les deux moignons des ligaments larges et les deux bords de l'incision vaginale qui sont

rapprochés dans le sens vertical. Ces points de suture, outre qu'ils ferment complètement la cavité péritonéale, ont encore l'avantage d'assurer l'hémostase du côté des artères et veines vaginales.

Enfin, lavage antiseptique du vagin, qu'il laisse vide.

Les fils métalliques sont enlevés du 12me au 15me jour. Ils entraînent ordinairement avec eux les ligatures placées sur les ligaments larges.

Procédé de Schatz

(Archiv. Für Gynœkologie, Band XXI, Heft 3.)

Après une désinfection convenable, l'utérus est attiré aussi près que possible de la vulve. Une incision médiane est pratiquée sur la paroi postérieure du vagin, depuis son insertion à l'utérus jusqu'à la partie la plus profonde de l'espace de Douglas. Les incisions sont toujours dirigées vers la face postérieure du col, afin d'éviter la blessure du rectum. Si le vagin est étroit, l'auteur élargit le champ opératoire par des incisions longitudinales, et, au besoin, en prolongeant l'incision initiale jusqu'à la vulve. Partant de l'espace de Douglas, une série de sutures en chaînettes est appliquée de chaque côté de l'utérus comprenant la paroi vaginale et le péritoine suivant une ligne ininterrompue.

Une série des mêmes sutures est appliquée sur les ligaments larges, et par une série d'incisions pratiquée en dedans de ces sutures, l'utérus se trouve isolé sur ses parties latérales. Après avoir détaché l'utérus de la paroi vaginale antérieure et de la paroi vésicale postérieure, Schatz réunit par une suture en chaînettes le bord inférieur du peritoine de l'excavation vésico-utérine et le bord supérieur de la paroi vaginale antérieure. Par suite de la disposition des

sutures, la plaie péritonéo-vaginale se trouve réduite à 5 millimètres. Après l'opération, la malade est portée dans un lit spécial dans lequel la partie supérieure du corps peut être inclinée à volonté.

Les fils de suture sont enlevés au bout de trois semaines.

Procédé de Zweifel

(*Centralblatt f. Gynæk*, 28 juin 1884.)

L'utérus étant circulairement détaché de son insertion vaginale, on va avec deux doigts à sa recherche ; on le ramène, soit en faisant basculer en arrière (procédé de Schröder), soit en avant (Czerny), soit en l'attirant directement en bas (Billroth). Ceci fait, la majorité des opérateurs conseille de pratiquer la ligature en masse des ligaments larges. Zweifel est complètement opposé à cette ligature en masse; elle permet d'accomplir l'opération plus rapidement, mais elle expose aux hémorrhagies et compromet en conséquence gravement l'existence de la femme. La ligature partielle à étages, comme l'appelle l'auteur, est bien préférable et voici comment on peut la pratiquer. L'utérus ayant été préalablement renversé en arrière ou en avant, et le fond étant attiré au dehors, avec une aiguille montée courbe, on perfore le ligament large dans sa partie supérieure, c'est-à-dire au voisinage de la trompe, un premier fil étant passé de la sorte, avant de retirer l'aiguille, on passe un second fil dans le trou de l'aiguille. Celle-ci retirée, deux fils se trouvent passés dans le même orifice. On lie ensemble les deux fils supérieurs et on sectionne la partie des ligaments larges qu'ils enserrent. Un des chefs du fil resté libre est passé à travers les tissus au-dessous de la première plaie, et comme précédemment, en retirant l'aiguille, on fait passer un troisième fil. Le second est lié, et la portion de tissu à laquelle il corres-

pond est sectionnée. On continue de même pour le troisième fil et les suivants, jusqu'à ce que les ligaments larges soient liés et séparés de l'utérus dans toute leur hauteur. On procède de même pour les deux ligaments.

Procédé de la Clinique de Breslau.

(Archiv. für Gynœkologie. — Band., xxv, Heft, 1.)

On commence par inciser le cul-de-sac vaginal sur l'une des faces latérales du col, et l'on isole à petits coups de bistouri la face latérale correspondante du col du tissu paramétrique contigu; au fur et à mesure que la dissection avance, les vaisseaux sanguins sont liés un par un; les fils de ligature ne sont pas coupés, mais réunis et ramenés en avant. Lorsque les deux faces latérales du col ont été ainsi disséquées l'une après l'autre, on réunit les extrémités antérieures des deux incisions latérales par une incision transversale portant sur le cul-de-sac antérieur, et avec le doigt on divise le tissu cellulaire lâche qui réunit la vessie et l'utérus jusqu'à ce qu'on arrive au pli péritonéal vésico-utérin. On ouvre ce pli péritonéal et le feuillet antérieur du péritoine est réuni par quelques points de suture avec la paroi antérieure du vagin; puis, à l'aide d'une ou deux applications de crochet sur la face antérieure, on fait basculer l'utérus en avant. Une grosse éponge désinfectée et imbibée de solution phéniquée à 3 0[0 est introduite en avant de l'utérus dans la cavité abdominale, et l'on procède à la section des ligaments larges. La section de ces ligaments est précédée de l'application d'une série de ligatures se suivant sans interruption et embrassant la base tout entière de ces ligaments; la section se fait entre les ligatures et l'utérus. Il ne reste plus alors qu'à sectionner le cul-de-sac postérieur et l'extraction de l'organe est achevée.

Procédé de Léopold

(*Gazette médicale de Paris*, 5 mars 1887)

M. Léopold préconise le procédé suivant d'hystérectomie vaginale, comme étant supérieur à tous ceux que l'on a employés jusqu'alors : incision du vagin dans le fond du cul-de-sac, et non au niveau de l'insertion de ce conduit sur le col.

C'est d'abord la partie antérieure qui est incisée, disséquée avec soin, saisie par des points de suture et refoulée en haut avec la vessie ; l'incision est ensuite prolongée sur les côtés et en arrière. Le cul-de-sac de Douglas est ouvert sur une faible étendue ; une éponge pourvue d'un pédicule est introduit dans l'ouverture pour empêcher la pénétration des liquides dans la cavité abdominale. Des ligatures partielles, superposées en étages, sont ensuite appliquées sur les organes qui composent le parametrium de chaque côté ; les parties ligaturées sont sectionnées du côté de l'utérus. En même temps, l'utérus est attiré progressivement au dehors.

Procédé de Richelot

Le procédé de Richelot peut se résumer ainsi :

Suppression des ligatures et emploi systématique des pinces à demeure.

« La ligature des ligaments larges, disait l'auteur à la Société de chirurgie le 11 novembre 1885, est la pierre d'achoppement de

l'hystérectomie vaginale; c'est la grosse difficulté qui entraîne deux conséquences également fâcheuses : la prolongation des manœuvres et la possibilité de l'hémorrhagie. Tous les auteurs ont cherché à la simplifier, sans y parvenir absolument.... Tout se résume donc à trouver un moyen qui atteigne ce double but : 1° assurer l'hémostase; 2° abréger la durée de l'opération.

« Or, ce moyen existe, il est entre nos mains : je veux parler des pinces longues à pression continue. Je crois que ces pinces, étreignant les deux ligaments larges pendant 24 heures, nous dispenseront des ligatures et rempliront parfaitement la double indication que je vous ai signalée. Et d'abord, l'opération durera une demi-heure au lieu d'une heure et demie; car le premier ligament accroché par son bord supérieur, il est facile de le mordre avec la pince longue : après la section au ras de l'utérus et l'extraction hors du vagin, il est encore plus simple de mordre le second. Le péritoine pelvien ne sera plus offensé par l'introduction pénible et répétée des aiguilles et des doigts. N'est-il pas important, ici comme dans l'ovariotomie, de refermer vite le péritoine ?

« En second lieu, l'hémostase est assurée, car la pression des pinces pendant 24 heures suffit à oblitérer définitivement des artères même volumineuses.

« Je ne vois d'ailleurs aucun inconvénient qui puisse compenser les avantages des pinces longues substituées aux ligatures. Les tissus comprimés par la pince se comporteront comme les tissus étranglés par le fil ; les pinces rempliront l'office de drains pendant 24 heures. »

La première fois que M. Richelot a usé du procédé opératoire qui lui est propre, il sutura le vagin entre les pinces qui firent l'office spécial de drains pendant 48 heures. « Mais la manœuvre au milieu des pinces est difficile à cette profondeur, et la réunion ne peut être que nuisible, car elle s'oppose au libre écoulement des liquides. La plaie doit rester béante, et la cavité vaginale se remplit mollement

avec des tampons d'ouate iodoformée... J'ai retiré les pinces après 24 ou 48 heures; si on hésite entre les deux, 36 heures me paraissent un terme excellent. Attendre au-delà du troisième jour est inutile pour l'hémostase et dangereux pour le péritoine.»

Le procédé de M. Richelot n'est en définitive qu'une application de la forcipressure à la colpohystérectomie. Malgré les facilités que donne cette méthode, il est parfois très difficile, sinon même impossible, d'en faire usage. Elle a à coup sûr des avantages considérables, et ce sont ceux énumérés plus haut par l'auteur; mais ne possède-t-elle pas aussi des inconvénients?

Ne peut-on craindre parfois la mortification de la vessie, du rectum et des uretères occasionnée par la pression des extrémités des pinces? Est-elle applicable à tous les cas? Nous manquons en ce moment de données suffisantes pour répondre à ces questions que l'expérience seule résoudra.

L'emploi méthodique des pinces longues laissées à demeure dans la cavité pelvienne n'est pas la seule modification introduite par M. Richelot dans le manuel opératoire. Dans une communication faite le 9 mars dernier à la Société de chirurgie, il s'exprime en ces termes :

« Malgré l'ablation totale, nous laissons des éléments de récidive, non dans les annexes que nos pinces mordent largement, mais à la porte même du foyer opératoire, parce que notre incision à la base du col est trop voisine de la tumeur. Surtout, quand il s'agit d'un cancer végétant sur la face externe du museau de tanche, il peut se faire que des culs-de-sac vaginaux sains d'apparence contiennent déjà des traînées de cellules cancéreuses. Or, il est impossible de faire l'incision plus haut, de peur de blesser la vessie; mais, quand elle faite, quand le segment inférieur de l'utérus est dégagé, la vessie soulevée avec l'uretère et tous deux placés hors d'atteinte, on peut toujours saisir le bord de la plaie vaginale et réséquer avec des ciseaux courbes une bande circulaire de la paroi.

« Il est bien entendu, Messieurs, qu'il ne s'agit pas de la résection d'une paroi vaginale envahie par le cancer, dans des cas où l'intervention est plus ou moins justifiée. Je conseille la *résection préventive d'une paroi* qui paraît saine, parce qu'il me semble que c'est une duperie de parler d'extirpation complète et d'opération large, radicale, quand on agit, sur un point du champ opératoire, avec une parcimonie qui passerait pour un témoignage d'ignorance dans une amputation du sein. Tel est le point nouveau sur lequel j'attire votre attention, auquel les auteurs n'ont pas encore pris garde, et dont j'ai tenu compte pour la première fois, le 27 février dernier. »

L'auteur fait ensuite le récit d'une hystérectomie vaginale où il retrancha avec des ciseaux courbes un centimètre de la paroi vaginale en avant, à droite et à gauche, (1).

Pansement et soins consécutifs

Quand l'utérus a été extirpé, quelques chirurgiens, M. Richelot entre autres, laissent la plaie absolument ouverte, sans sutures ; en France, le plus souvent, on passe un ou deux points de suture au catgut sur l'orifice postérieur du vagin. On fait un lavage antiseptique, puis on draine le vagin avec deux tubes de caoutchouc introduits dans la cavité abdominale, et on le bourre de tampons de gaze iodoformée ; le pansement est fermé avec du coton hydrophile. Le drainage n'est pas admis par tous : à ses détracteurs, nous répondrons avec M. Demons que, vu la grande épaisseur de tissu cellulaire irrité par les instruments, sectionné, lié, la non-obturation ou tout au moins l'obturation imparfaite par la suture de la plaie péri-

(1) Il tailla plus hardiment en arrière, mais cette dernière résection, qu'il appelle *résection de nécessité*, lui fut imposée par l'existence de deux petits lobules cancéreux, gros comme des noyaux de cerise, parfaitement circonscrits, saillants sous la muqueuse, et occupant la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane.

tonéale, la difficulté, à cause du voisinage du méat urinaire et de l'anus, de maintenir une antisepsie rigoureuse,—pour toutes ces causes réunies, il n'est pas prudent de ne pas draîner et de fermer complètement la plaie.

Nous avons vu que les opérateurs qui font usage des pinces laissées à demeure ne pratiquaient ni suture ni drainage, comptant que les liquides provenant de la plaie pourront s'écouler le long de ces instruments.

L'opérée est portée dans un lit quelque peu incliné de façon à favoriser l'écoulement des liquides : elle doit rester couchée sur le dos. Les tampons de gaze iodoformée sont changés au bout de 48 heures, et le vagin soigneusement désinfecté. Le pansement est renouvelé tous les jours; les drains sont enlevés vers le 4e ou le 6e jour. M. Richelot conseille, tout en retirant les pinces ou les drains, quand on le juge convenable, de ne pas toucher aux tampons profonds avant le 5e ou le 6e jour.

Le cathétérisme est pratiqué pendant les premiers jours, ou bien on laisse une sonde à demeure dans la vessie. La malade ne doit pas aller à la garde-robe, pour éviter tout effort. On devra lui donner rapidement une alimentation substantielle et des toniques à haute dose.

Dans les cas où la guérison a été obtenue, les suites de l'opération ont été des plus simples. Le soir même de l'opération, certaines femmes ont un pouls de 80, 90 pulsations, et une température de 37°2 ou de 37°4. Le plus souvent la température ne dépasse pas 38°2 et 38°5, et le pouls 100 à 105. Le lendemain et le surlendemain, on note généralement de l'état nauséeux, des vomissements chloroformiques, parfois de l'insomnie, une soif ardente, un peu de hoquet et assez rarement des douleurs abdominales. A partir du troisième jour, l'état général est des plus satisfaisants, et la malade, entrée en convalescence, dès la fin de la première semaine, se lève quinze à vingt jours après. Une malade opérée par Gillette et guérie,

se levait le lendemain dans la nuit pour uriner, et 72 heures après l'opération, faisait encore pendant la nuit le tour de sa chambre sous prétexte qu'elle était fatiguée au lit. Nous citons ce fait pour montrer combien sont particulièrement bénignes les suites d'une opération qui semble si périlleuse et si grave. La convalescence est quelquefois retardée par de la *phlegmatia alba dolens,* complication rare, que M. Demons a observée chez ses deux dernières opérées.

Accidents de l'opération

Nous comprenons sous cette désignation l'hémorrhagie, la blessure de l'uretère et de la vessie, la procidence des intestins.

L'hémorrhagie sera combattue par la ligature ou la forcipressure, et, si ces moyens ne réussissent pas ou ne peuvent être employés, par le tamponnement.

La blessure des uretères est un accident bien plus rare. On connaît le cas de J. Bœckel : une de ses opérées eut l'uretère gauche probablement compris dans une pince à demeure sous la pression de laquelle il se gangrena. Pour remédier à l'écoulement constant de l'urine, la malade étant suffisamment rétablie, la néphrectomie fut pratiquée du côté correspondant, un mois après la première opération. L'écoulement par le vagin cessa immédiatement.

Bardenheuer, pour une lésion de l'uretère consécutive cette fois à une hystérectomie abominable, avait déjà pratiqué en 1881 la néphrectomie, mais sans succès. Il fut plus heureux en 1886. Une portion de l'uretère, longue de un centimètre environ, ayant été enlevée avec un utérus cancéreux extirpé par la voie vaginale, il fallait se décider, soit à rechercher l'extrémité de l'uretère sectionné pour la suturer au fond de la plaie, soit à extirper le rein. Bardenheuer préféra cette dernière opération qui dura *deux minutes.* Il employa le procédé opératoire habituel : incision verticale sur la ligne axillaire, allant de la douxième côte à la crête iliaque, et deux incisions trans-

versales aux extrémités de la première. La capsule adipeuse et le rein une fois enlevés, on appliqua un pansement antiseptique. Le 23 août, un mois après l'opération, la plaie de la néphrectomie achevait de se réunir, et le 19 septembre la malade fut renvoyée guérie.

J. Schmidt, qui rapporte ces deux faits (Münchener med. Woch, n° 40, 1886) discute le procédé opératoire de Bardenheuer et conclut en recommandant la néphrectomie immédiate dans les cas de section concomitante d'un uretère pendant une hystérectomie. Il se base sur ce fait qu'on est forcément amené à la faire plus tard, que ce n'est point une opération longue, ni dangereuse pour l'opérée. De plus, elle supprime toutes les conséquences fâcheuses dues au suintement de l'urine dans la plaie, suppuration, décubitus, etc.

La blessure de la vessie est exceptionnelle. M. Trélat a fait connaître à la Société de chirurgie (séance du 26 janvier 1887) une opération d'hystérectomie compliquée de cet accident, dû à ce que la vessie n'avait pas été préalablement vidée malgré l'ordre qu'il en avait donné. Il fallut ajouter aux autres détails de l'opération quatorze points de suture pour fermer la vaste déchirure vésicale. La température ne dépassa pas la normale, en dépit de ce traumatisme : la malade guérit parfaitement, malgré une large eschare qui se détacha de la paroi vésicale, du douzième au quatorzième jour, et qui dut être comblée par une opération spéciale 6 mois après. La guérison s'est admirablement maintenue.

Quand pareille complication se produit, la pratique de M. Trélat doit naturellement être imitée : il faut faire la suture de la vessie, et laisser un sonde à demeure, jusqu'a ce qu'il n'y ait plus rien à craindre. Dans ce cas, comme dans celui où le rectum aura été lésé, il est de toute nécessité de faire de larges irrigations antiseptiques dans le vagin pour y maintenir une antisepsie parfaite.

La procidence des intestins est d'une rareté extrême, il suffit de les réduire pour que la hernie ne se reproduise plus.

Causes de mort après l'opération.

Elles sont au nombre de quatre, et par ordre de fréquence : la péritonite, la septicémie, l'hémorrhagie et le choc.

La péritonite et la septicémie sont habituellement associées. « Rarement, en effet, dit Maurice Hache, c'est une péritonite à grand fracas qui emporte les malades ; habituellement, les symptômes infectieux l'emportent sur les symptômes inflammatoires : l'expression de *septicémie péritonéale* paraît le mieux répondre au tableau clinique. »

L'hémorrhagie dont il s'agit ici, n'est pas celle qui se montre au cours de l'opération : nous avons déjà vu comment il fallait parer à cet accident. Nous nous occupons maintenant de l'écoulement sanguin post-opératoire dont l'abondance et la persistance constituent un danger mortel. Une ou plusieurs ligatures placées sur les ligaments larges tombent, et il est alors bien difficile sinon presque impossible de pincer le vaisseau qui saigne. En pareil cas, on fait ce qu'on peut et ce qu'on peut est peu de chose.

Cette redoutable complication sera évitée, grâce au pincement préalable des ligaments larges avec des pinces, qui constitue la méthode de M. Richelot.

Le collapsus est d'autant plus à craindre que l'anesthésie a été plus prolongée et le sujet plus affaibli. C'est pourquoi, si la malade est très anémiée, l'état général mauvais, et que l'opération n'est pas urgente, il est indiqué de relever ses forces par les moyens habituels.

On a encore rapporté comme causes de mort des accidents urémiques produits sans doute par l'action réflexe de l'opération sur les organes urinaires, surtout s'ils sont préalablement altérés, et enfin des embolies signalées par Olshausen, Martin et Péan.

Nous donnons plus bas une série d'observations d'hystérectomies pratiquées à Bordeaux pour des cancers de l'utérus. Les premières ont déjà paru dans des thèses ou des mémoires aussi nous bornons-nous à un court résumé. D'autres plus développées nous ont été communiquées soit par leurs auteurs, soit par leurs aides. Elles constituent réunies la totalité des opérations faites à Bordeaux, du moins à notre connaissance.

OBSERVATION I

Carcinome utérin. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.
Par M. le Dr Demons.

Jeanne N..., 30 ans; rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels, accuse depuis deux ans des pertes blanches très abondantes, sans douleur aucune et sans retentissement sur la santé générale. Depuis un an, pertes sanguinolentes, douleurs vagues dans l'abdomen, affaiblissement et grand amaigrissement. Entre à l'hôpital pour une métrorrhagie. Le col de l'utérus est gros, induré, la lèvre antérieure paraît plus malade. Les culs-de-sac sont libres. L'utérus paraît être en place, il est mobile, bien séparé de la vessie et du rectum. Le fond de l'utérus régulier, lisse, dépasse un peu le bord supérieur du pubis ; on ne sent pas de ganglions dans l'abdomen.

Opération le 9 décembre 1882. Guérison malgré des symptômes graves de péritonite et de cystite.

Récidive six mois après, à l'extrémité droite de la cicatrice.

Mort un an après l'opération.

OBSERVATION II.

Epithélioma du col. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.
Par M. le Dr Dudon.

Albanie G..., tailleuse, 35 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 16 ans, menstruation toujours irrégulière. Mariée à 18 ans. Avortement de 5 mois consécutif à une chute. Cinq accouchements à terme. Nouvel avortement à 5 mois.

Depuis dix-huit mois environ, pertes blanches ; puis bientôt, dans l'intervalle des règles, pertes rouges composées de sang analogue à celui des règles ; depuis huit mois, amaigrissement, augmentation de la leucorrhée et des métrorrhagies, douleurs vives dans les reins, le bas-ventre et le haut des cuisses.

Utérus mobile, culs-de-sac libres, état général satisfaisant. Opération le 6 janvier 1883. Guérison. Sortie de l'hôpital le 2 avril.

Revue le 28 avril 1887. Pas trace de récidive.

OBSERVATION III

Extirpation totale de l'utérus par le vagin pour un carcinome.
Par M. le Dr Mandillon.

Mme X..., 35 ans, une seule grossesse. Depuis un an environ, elle a des ménorrhagies très abondantes, et depuis trois mois, des métrorrhagies. Col dur, bosselé, volumineux, saignant au moindre contact, paraît envahi dans la région sus-vaginale. Parois vaginales et culs-de-sac sains. Hémorrhagies abondantes.

Opération le 22 février 1883. Guérison. Récidive au 6e mois, mort au 12e.

OBSERVATION IV

Cancer du col.— Hystérectomie par la voie vaginale.— Mort.
Par M. le Dr Dudon.

Marguerite D..., 26 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée a 13 ans, toujours régulièrement. Mariée à 19 ans. Accouchement normal à 20 ans.

En décembre 1882 : légère métrorrhagie. Depuis, hémorrhagies se renouvelant tous les trois ou quatre jours. Névralgies intenses dans la région hypogastrique. Coliques violentes et expulsion de caillots de sang pur. Besoins d'uriner plus fréquents, constipation opiniâtre.

Utérus mobile, culs-de-sac libres, vagin sain, état général satisfaisant.

Opération le 14 avril 1883.

Mort le cinquième jour par péritonite.

OBSERVATION V

Cancer du col. — Hystérectomie. — Mort. — Par M. le Dr Demons.

Catherine B..., 42 ans.

Mort, trois jours après l'opération, de péritonite aiguë.

La lésion et l'opération ne présentent rien de particulier.

OBSERVATION VI

Cancer du corps et du col. — Hystérectomie. — Mort.
Par M. le Dr Demons.

Mme X..., âgée de 66 ans, possède un cancer utérin datant de huit ou dix mois.

La lésion est très avancée, et malgré l'hésitation des médecins appelés en consultation, elle exige absolument qu'on l'opère, car elle sait que là est son unique chance de salut.

Opération très pénible à cause de nombreuses adhérences ; elle dure quatre heures. Douleurs violentes dans l'abdomen, mort dans la nuit.

OBSERVATION VII

Epithélioma du col. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.
Par M. le Dr Demons.

Marie D..., 41 ans. Réglée à 17 ans. Mariée à 28 ans. A eu neuf enfants ; accouchements tous normaux.

Début, il y a onze mois, par une hémorrhagie abondante qui n'a cessé complètement que depuis un mois. Le fond du vagin est rempli par un champignon volumineux, arrondi et mollasse. Les lésions paraissent remonter au-dessus de l'insertion du vagin. Utérus très mobile ; pas de tuméfaction dans les fosses iliaques.

Opération le 28 février 1884.

Guérison complète. Sortie le 24 mars.

Récidive le sixième mois, mort le douxième après l'opération.

OBSERVATION VIII *(Inédite)* (1)

Épithélioma du col utérin. — Mort. — Par M. Dudon

Marie N..., cinquante-trois ans, lisseuse, père mort à l'âge de soixante-quinze ans d'une maladie sur laquelle nous ne pouvons obtenir de renseignements précis. Mère morte à quarante-deux ans d'une pneumonie. Quatre frères et une sœur sont morts. Cette dernière a succombé à l'âge de de cinquante-neuf ans, à la suite de pertes qu'on n'a pas pu arrêter. Il lui reste une sœur âgée de cinquante-six ans et jouissant d'une bonne santé.

Antécédents personnels bons; pas de maladie antérieure. Il n'y a à noter que des migraines. Réglée vers l'âge de douze ans, la malade l'a toujours été depuis très régulièrement, mais aussi très abondamment, n'a pas eu d'enfants, n'a jamais fait de fausse couche. Quelques pertes blanches. Étant jeune, elle avait dans le côté gauche du ventre des douleurs vives qui quelquefois l'obligeaient à garder le lit, et revenaient à chaque période menstruelle.

Vers le mois de juin 1884, elle commença à devenir souffrante ; elle eut des pertes peu abondantes qui avaient, suivant l'expression de la malade, une couleur brique pilée, et de temps à autre, une coloration jaune-verdâtre rappelant celle du pus ; la malade remarqua quelquefois que ces pertes contenaient une petite quantité de sang vermeil. Elle ne trouva jamais à ces pertes une odeur particulière : quelque temps après, elle éprouva dans le bas-ventre la région lombaire, et un peu dans l'aîne gauche des douleurs assez vives; puis les pertes augmentèrent, mais il n'y eut jamais d'hémorrhagie. La malade, bien qu'elle n'ait jamais été grasse, nous dit qu'elle a un peu maigri, et surtout que son teint a changé, qu'elle est devenue plus jaune. L'appétit n'a pas varié depuis le commencement de la maladie,

(1) Communiquée par M. Dudon, professeur agrégé.

mais le sommeil a diminué; de plus, la malade a perdu beaucoup de ses forces : elle se fatigue très vite.

Etat actuel, 18 janvier 1885. — L'état général est encore assez bon, bien que la peau présente un peu la teinte jaune paille. Les parois abdominales souples se déprime facilement, et la palpation de l'abdomen ne dénote rien d'anormal ; le fond de l'utérus n'arrive pas au niveau de la symphise pubienne. Au toucher, les parois du vagin ne présentent rien de particulier ; le col utérin épaissi, augmenté de volume, présente des bosselures surtout au niveau de la lèvre antérieure qui est plus saillante que la postérieure. Le col n'est pas douloureux; les culs-de-sac sont libres, excepté le cul-de-sac postérieur qui paraît un peu effacé dans sa moitié gauche. Il n'y a pas d'adhérences ; l'utérus est mobile, ce dont on peut s'assurer en pratiquant à la fois le palper abdominal et le toucher. Le col est légèrement entrouvert. Quand on retire le doigt, on ne lui trouve pas d'odeur caractéristique.

Par l'examen au speculum, on trouve que le col est augmenté de volume, présente une coloration rouge, et offre au niveau de l'orifice externe une légère ulcération entourée de granulations plus ou moins volumineuses.

Les signes précédents permettant de poser le diagnostic d'épithélioma du col, une hystérectomie est décidée. Dans les quelques jours qui précèdent l'opération, on fait prendre à la malade, plusieurs fois par jour, des injections d'eau légèrement phéniquée, et, après lui avoir administré la veille une purgation et le matin même deux lavements, on pratique l'opération le 19 janvier 1885.

Le 18, pulvérisations phéniquées pendant trois heures dans l'amphithéâtre, où le matin même on fait encore, pendant trois heures, des pulvérisations phéniquées. La malade est anesthésiée par le chloroforme. Alors on introduit, à travers l'orifice externe du col, un endoceps destiné à abaisser l'utérus, et, ceci fait, on incise le vagin au niveau de ses insertions au col, puis on cherche à isoler et à décoller le plus haut possible le tissu cellulaire sous-péritonéal. On place une ligature sur l'artère utérine, puis successivement trois ligatures : l'une sur la partie inférieure, les autres sur la partie moyenne et sur la partie supérieure des ligaments larges, et on sectionne ensuite les parties liées, entre l'utérus et les ligatures.

L'utérus est alors complètement libre, et il ne reste plus qu'à fermer la

cavité péritonéale. Pour cela, on va à la recherche des deux lèvres de la séreuse que l'on réunit l'une à l'autre par dix points de suture au catgut fin, en ayant soin toutefois de ménager à chaque extrémité de la suture une ouverture permettant le passage d'un drain, puis on met dans le vagin un tampon de gaze iodoformée, le tout recouvert d'un pansement de Lister.

A 11 heures, la malade est rapportée dans son lit. 3 heures après, on lui fait prendre du champagne frappé qu'elle vomit. Elle vomit encore à plusieurs reprises dans la journée, mais toujours après avoir bu.

Le 19 au soir, T 37° ; la malade ne souffre de rien, si ce n'est de la région lombaire. Elle est sondée 5 fois dans la journée.

Le 20, la malade va assez bien, quoiqu'elle se plaigne de n'avoir pas dormi. T 37° 6 ; — P 92.— Inspirations 20. Dans la journée, le même état persiste ; seulement le pouls devient plus petit et monte à 120. Pas de douleurs ; la malade continue à être sondée.

Le 21, la malade se plaint de n'avoir pas dormi, la face est tirée ; il y a un peu d'ictère. Douleur spontanée au creux épigastrique et dans tout l'abdomen ; cette douleur s'exagère par la pression ; il y a un léger ballonnement du ventre. Point douloureux dans la région du foie. T 37 ; — P 125 ; — I 40.

Pas de vomissements ; seulement de temps à autre envies de vomir.

On applique un vésicatoire sur l'abdomen, un autre vésicatoire au-dessous du sein droit, et on lui donne 10 centigrammes d'extrait thébaïque en dix pilules, une par heure. Le soir : T. 37, P. 130, I. 40. La malade souffre un peu plus du ventre et se plaint d'un malaise général. Depuis ce moment, la malade va s'affaiblissant de plus en plus et elle meurt vers minuit.

Nécropsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate que le péritoine est congestionné dans presque toute son étendue, et on voit s'écouler une petite quantité d'un liquide couleur chocolat. Si on examine la cavité du petit bassin, on voit que le péritoine pelvien est le siège d'une congestion plus intense, et qu'il contient un peu du liquide signalé plus haut ; seulement ce liquide est un peu trouble et contient quelques grumeaux de pus. Quant à la suture, on la trouve en bon état, ainsi que les orifices qui étaient destinés à livrer passage aux drains. L'ovaire gauche est très volumineux, noirâtre, mais on ne trouve pas l'ovaire droit.

Examen de la pièce. — L'utérus est déformé par des tumeurs fibreuses situées sur ses bords et sur sa face postérieure. Ces tumeurs sont sous-péritonéales ; il en existe une de la grosseur d'une noix sur la partie latérale gauche, une seconde grosse comme une noisette sur la partie latérale droite, et enfin une plus petite encore sur la face postérieure. Si on fait abstraction de ces fibromes, l'utérus dans son ensemble est peu augmenté de volume. Il mesure dans sa hauteur huit centimètres, dans sa largeur quatre centimètres, et dans son épaisseur deux centimètres et demi. Le col est très augmenté de volume et présente sur tout son pourtour des ulcérations. Si on incise l'utérus sur sa paroi antérieure, on voit que les lésions remontent en suivant la muqueuse du col et qu'elles ne sont pas absolument limitées au col, car on trouve quelques petites ulcérations sur la partie inférieure de la muqueuse du corps. On trouve dans la cavité du corps un petit fibrome pédiculé environ de la grosseur d'un haricot, et dont le pédicule s'implante près de l'orifice de la trompe gauche.

OBSERVATION IX *(Inédite)*.

Épithélioma du col. — Guérison. — Par M. Demons.

Mme B..., trente-deux ans. — Epithélioma du col remontant par la muqueuse jusqu'au corps.

Opération au mois d'avril 1885. — *Phlegmatia alba dolens.* — Sort complètement guérie. — Revue le 28 avril 1887. — Pas de trace de récidive.

OBSERVATION X

Épithélioma du col. — Guérison.— Par M. Lannelongue, de Bordeaux (1).

Femme d'une trentaine d'années, atteinte d'un épithélioma limité au col utérin. — Opération au mois d'avril 1885. M. Lannelongue attira l'utérus

(1) *Contribution à l'étude de l'hystérectomie*, par Courtin et Chaleix.

en bas au moyen des pinces de Bernays et de Museux, puis sectionna le vagin circulairement ; arrivé par la plaie antérieure et supérieure sur le cul-de-sac péritonéal, il l'incisa, introduisit son index gauche et fit basculer au dehors le corps de l'utérus ; au moyen d'une forte aiguille munie de catgut double n° 5, il perça les ligaments larges vers leurs parties moyennes et plaça ainsi deux ligatures sur chaque ligament ; l'artère utérine fut difficile à lier ; avant d'enlever le corps de l'utérus, il plaça des fils de catgut n° 3 dans les moignons vaginaux et les sutura des parties latérales vers le centre. A ce niveau il plaça un gros drain pour assurer le libre écoulement des liquides : le vagin est rempli de gaze iodoformée. La malade est couchée dans son lit sur un plan incliné pour permettre l'issue facile des liquides ; la gaze iodoformée est changée tous les jours ; au bout d'un septenaire on pratique des lavages vaginaux avec de l'eau phéniquée et la malade quitte l'Hôpital après un mois, complètement rétablie. Elle est morte le 10 janvier 1886.

OBSERVATION XI.

Carcinome du col. — Guérison. — Par M. Lannelongue, de Bordeaux (1).

Marguerite C...., 38 ans, sans profession, entre le 8 juillet 1885 à l'hôpital.

Réglée à 15 ans ; trois grossesses et trois accouchements normaux. La maladie qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a 6 mois par des pertes de sang assez abondantes, puis par des pertes blanches devenant parfois légèrement sanguinolentes. Depuis le début, des douleurs vives se sont fait sentir dans la fosse iliaque droite et dans les reins.

Le toucher montre un col volumineux, induré, dont l'orifice notamment agrandi est garni de saillies irrégulières plus prononcées sur la lèvre postérieure. Les parois du vagin sont souples, les culs-de-sac libres ; l'indura-

(1) *Etude sur les fistules de l'uretère*, par Biar. Bordeaux, 1885.

tion, dont on peut apprécier la limite supérieure, paraît bien limitée au col. L'utérus présente une mobilité assez marquée. L'examen au speculum fait voir sur le col de nombreuses granulations présentant la disposition en chou-fleur, et saignant au moindre contact. On ne sent pas de ganglions dans l'abdomen. La malade a un peu maigri ; mais son état général est encore très satisfaisant.

Diagnostic. — Carcinome du col de l'utérus. L'extirpation totale de l'organe est proposée et acceptée. Opération le 15 juillet 1885. Le 26, on s'aperçoit que les draps sont mouillés par un liquide d'odeur urineuse. L'examen de la malade fait reconnaître l'existence d'une fistule de l'uretère pour laquelle M. Lannelongue exécuta une opération spéciale.

Mort au mois d'octobre 1886.

OBSERVATION XII (*Inédite*)

Epithélioma du col utérin. — Guérison. — Par M. LANELONGUE.

Anna D..., 39 ans, corsetière.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, a toujours été bien réglée ; mariée à 19 ans. Deux enfants vivants bien portants ; fausse couche il y a dix ans ; migraines fréquentes ; pas de pertes blanches. Au mois de mai 1885, elle ressent des douleurs nettes de cystite ; mictions fréquentes, douleurs de reins, douleurs de ventre intenses. Les urines, blanchâtres, n'ont jamais contenu de sang. Sous l'influence du traitement, toutes ces douleurs disparurent en quelques jours pour reparaître ensuite à l'époque des règles.

Depuis plusieurs mois le coït déterminait chez elle de légères pertes de sang qui depuis trois mois environ ont augmenté.

Il y a environ trois mois, la malade a eu une perte subite et abondante de sang vermeil. Les pertes devinrent fréquentes à la suite de cette première hémorrhagie.

Communiquée par M. Lacharrière, chef de clinique.

Depuis trois semaines ou un mois, elles sont devenues continuelles et sanguinolentes, quelquefois rosées : elles ont une odeur très fétide.

Antérieurement à son entrée à l'hôpital, la malade a très peu souffert et seulement à l'époque des règles. Depuis qu'elle est dans le service, elle ne souffre nullement, est debout toute la journée. Les attaques de migraine ont disparu depuis l'apparition des hémorrhagies.

État actuel, 30 mars 1886.— Apparence de bonne santé, ne souffre nullement, bon appétit, digestion facile. La palpation abdominale ne révèle aucune augmentation de volume de l'utérus; la pression ne détermine aucune douleur ; pas de ganglions inguinaux.

Le toucher permet de constater un col augmenté considérablement de volume, déchiqueté, mamelonné, dur, comme végétant; le cul-de-sac antérieur est libre ; les culs-de-sac latéraux également libres et ne présentant rien d'anormal. Le cul-de-sac postérieur est plus difficile à atteindre à cause de l'antéversion et du volume du col ; utérus mobile, parois vaginales intactes ; le doigt explorateur sort imprégné d'une odeur fétide.

Pas d'albumine, pas de sucre dans les urines, qui contiennent 12 grammes d'urée par litre.

Opération le 31 mars. — L'Hystérectomie fut longue et laborieuse ; les ligaments larges furent liés en étages. La malade sortit dans un état satisfaisant, le 24 avril. Récidive un mois et demi après sa sortie de l'hôpital, et mort le 30 septembre 1886.

OBSERVATION XIII (*Inédite*)

Épithélioma du col. — Guérison. — Par M. Lannelongue.

Mme X..., trente ans.

Épithélioma du col s'étendant jusqu'au corps de l'utérus.

Opération le 10 juin 1886 — a duré une heure et demie ; quelques ligatures étant tombées au cours de l'opération, il y eut une hémorrhagie abondante.

Pas de récidive.

OBSERVATION XIV *(Inédite)*

Carcinome utérin. — Mort. — Par M. Mandillon.

Mme X..., sans profession ; quarante-six ans.

Carcinome très développé remplissant la cavité vaginale et le petit bassin ; ligaments larges atteints par la néoplasie.

Opération au mois de novembre 1886.

La ligature des ligaments ayant été jugée impossible, M. Mandillon appliqua les pinces à demeure suivant la méthode de M. Richelot.

La malade mourut quarante-huit heures après l'opération d'accidents urémiques que M. Mandillon suppose dûs à la compression d'un ou des deux uretères par les pinces.

OBSERVATION XV (*Inédite*)

Épithélioma du col. — Guérison. — Par M. Demons.

Femme de trente-six ans... Épithélioma énorme du col, soumis antérieurement à des opérations partielles. Opération le 9 janvier 1887. — M. Demons fait pour la première fois usage des pinces à demeure de Richelot. — Légère phlegmatia alba dolens. — La guérison paraît avoir été retardée par l'issue pendant une douzaine de jours de fragments de ligaments larges sphacélés.

L'opérée vit encore, mais on ignore son état.

OBSERVATION XVI *(Inédite)*

Épithélioma du col. — Guérison. — Par M. Piéchaud.

Marie N..., quarante-trois ans, culottière.
Opération au mois de mars 1887.
La malade est sortie guérie le 27 avril.

En résumé, les 16 hystérectomies vaginales pratiquées par les chirurgiens bordelais ont fourni les résultats suivants :

11 guérisons opératoires et 5 morts survenues quelques jours après l'opération ;

6 morts consécutives à des récidives et arrivées : 1, 6 mois ; 1, 8 mois ; 3, 1 an ; 1, 15 mois après l'opération.

Ces récidives se sont montrées : 1, 2 mois ; 3, 6 mois après l'opération ; les deux autres après un temps dont on ne connaît pas la durée.

Des cinq opérées vivant aujourd'hui sans récidive, l'une a 2 mois de survie, une autre 4 mois, une autre 11 mois, une autre 2 ans, la cinquième 4 ans et 4 mois.

AFFECTIONS NON CANCÉREUSES DE L'UTÉRUS

et Hystérectomie vaginale

Au mois d'août 1884, M. Demons écrivait dans la *Revue de Chirurgie* : « L'extirpation totale de l'utérus par le vagin peut être proposée pour toute maladie chronique de cet organe : 1° si la maladie menace à coup sûr la vie; 2° si le chirurgien a la certitude qu'un autre moyen ou une autre opération ne peuvent amener la guérison; 3° si l'ablation complète des parties malades est possible par cette voie sans blessure des organes voisins..... »

Les affections utérines, en dehors du cancer, qui réclament l'intervention chirurgicale dont il s'agit sont assez rares. Les *polypes utérins*, quand tous les autres traitements ont échoué, les petits *corps fibreux* interstitiels, sous muqueux et même sous-péritoneaux, lorsque la vie est menacée par les hémorrhagies principalement, certaines *déviations utérines*, des *rétroflexions* irréductibles, douloureuses à l'excès, et compromettant l'existence par des pertes de sang continuelles, certaines *métrites invétérées*, des *hystéralgies rebelles*, certains

prolapsus sont justifiables de l'Hystérectomie vaginale. M. Péan a même pratiqué cette opération pour un cas d'oblitération complète du canal utérin. Le col avait été amputé, plusieurs tentatives faites à l'étranger pour rétablir l'orifice du canal avaient échoué et avaient mis la malade dans un état alarmant.

C'est surtout pour les myomes utérins qu'on a eu recours à la Colpohystérectomie. Si bon nombre de malades en souffrent peu, il est des tumeurs fibreuses qui rendent la vie absolument insupportable, et même celles qui abrègent considérablement l'existence sont beaucoup plus communes qu'on ne serait tenté de le croire. Sans être volumineuses, elles occasionnent des hémorrhagies, des douleurs cruelles et des symptômes de compression du côté du rectum ou de la vessie tellement intenses, qu'elles mettent la vie en danger. Leur peu de volume, leur situation tout à fait au fond de la cavité utérine n'offrent d'autre ressource que l'Hystérectomie vaginale. Il en est de même pour des polypes muqueux rebelles au râclage et à la cautérisation.

Dans le cas d'inversion irréductible de l'utérus, M. Demons préfère l'extirpation plus ou moins incomplète de l'organe par la ligature élastique, l'écraseur..., etc., à l'extraction totale par l'instrument tranchant. Il estime également que le simple prolapsus n'est pas une indication suffisante de la Colpohystérectomie.

Nous possédons neuf observations d'Hystérectomies vaginales pratiquées en France pour des lésions non cancéreuses de l'utérus : nous en donnons plus bas le résumé.

OBSERVATION XVII

Tumeurs fibreuses interstitielles et sous-péritonéales multiples du corps de l'utérus. — Métrorrhagies répétées. — Anémie extrême. — Hystérectomie vaginale. — Guérison. — Par M. Péan.

Opération le 25 octobre 1882.

La malade, âgée de 50 ans, était porteur de myomes multiples occupant la face antérieure de l'utérus, et d'une autre tumeur fibreuse du volume d'un œuf de poule, qui refoulait le rectum et qui faisait en même temps saillie dans la cavité utérine. Elle était atteinte depuis plusieurs années d'hémorrhagies qui avaient plusieurs fois nécessité le tamponnement et compromis même l'existence.

OBSERVATION XVIII

Fibro-sarcome du corps de l'utérus, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis. — Guérison. — Par M. Péan.

Opération le 13 novembre 1882.

Mme P..., âgée de cinquante trois ans, avait été plusieurs fois, comme la précédente, rapporte M. Péan, sur le point de mourir d'hémorrhagie lorsqu'elle me fut présentée. Tous les moyens médicaux ayant échoué, il ne restait plus d'autre moyen que d'intervenir chirurgicalement pour la sauver. L'hystérectomie vaginale put être faite sans trop de difficultés...

J'ai revu dernièrement la malade : à part quelques bouffées de chaleur, un peu de prurit vulvaire, la santé ne laisse rien à désirer.

OBSERVATION XIX

Tumeurs fibreuses interstitielles multiples.— masse myxomateuse pédiculée faisant saillie dans l'intérieur de l'utérus. — Guérison. — Par M. Péan.

Opération le 19 juin 1885. — Mme W... était épuisée par des métrorrhagies et un écoulement fétide qui datait de plusieurs années. Elle était constamment retenue au lit ; si elle voulait se lever et marcher un peu, elle éprouvait des douleurs intolérables.

A la vue, on constatait la présence d'une cystocèle ; par le toucher vaginal combiné avec le palper abdominal, on sentait une tumeur bosselée s'élevant à quatre travers de doigts au-dessus du pubis. Le col était déformé induré, couvert de granulations et de fongosités qui remontaient dans, l'intérieur du museau de tanche.

OBSERVATION XX

Tumeurs fibreuses multiples et volumineuses du corps de l'utérus. Guérison. — Par M. Péan

Opération le 5 mai 1885. — Mlle R.... est âgée de 55 ans. Depuis plus de 20 ans, elle a des métrorrhagies qui l'épuisent, et pendant cette dernière année, elles ont été telles que la malade est tombée dans la plus extrême faiblesse ; souvent le pouls fait défaut, et l'on est obligé d'avoir recours à l'éther à haute dose pour la ranimer... Comme la malade était vierge et présentait du vaginisme, nous avons attendu que les forces se soient relevées et, dix jours avant l'opération, nous avons pratiqué la divulsion de l'hymen et du vagin. Bien que l'opération ait duré 4 heures, il n'y

a pas eu de sang perdu, condition indispensable au succès. Nul doute que si la malade en eût perdu quelques cuillerées, elle eût succombé entre nos mains... Depuis lors, la santé de la malade est excellente.

OBSERVATION XXI

Douleurs pelviennes atroces. — Guérison. — Par M. Péan

Opération le 16 février 1886. — Mme T... âgée de 32 ans, éprouvait d'horribles douleurs pelviennes continues avec paroxysmes effrayants aux périodes menstruelles ; elles avaient fini par provoquer de violentes attaques d'hystérie.

Cette malade avait déjà subi l'amputation du col de l'utérus et la castration double ; chaque opération avait apporté un soulagement temporaire considérable, mais n'avait pas empêché la malade de ressentir des douleurs atroces, d'avoir des attaques répétées d'hystérie, et, depuis plusieurs mois, ces douleurs et ces crises étaient devenues tellement fréquentes et répétées que la malade était morphiomane et avait la manie du suicide.

L'examen du corps de l'utérus, seule portion restante, montre qu'il était douloureux, enflammé, maintenu en rétroflexion par des adhérences consécutives à une péritonite pelvienne, ce qui expliquait la persistance des douleurs.

Hystérectomie vaginale. La malade est partie guérie.

OBSERVATION XXII.

Rétroflexion utérine. — Guérison. — Par M. Richelot.

Au mois d'avril 1886, je trouve Marie M... extrêmement anémiée, teint cireux, figure amaigrie. Elle se traîne difficilement, les douleurs sont

continuelles et s'exaspèrent à l'approche des hémorrhagies. L'examen ne laisse aucun doute sur l'existence d'une rétroflexion utérine... La situation extrême où la malade se trouvait réduite condamnait d'avance les moyens ordinaires de réduction et de contention... Il fallait laisser la malade mourir d'anémie ou tenter de la sauver par une intervention décisive... L'opération qui se présentait d'abord à l'esprit était celle d'Alexander, le raccourcissement des ligaments ronds... mais ici, je l'aurais considérée comme un essai trop incertain et peu justifié, dans un cas où la chirurgie n'avait pas de faute à commettre.... Ainsi fut décidée l'ablation totale de l'utérus que je pratiquai le 28 avril... Marie M... nous quitte bien portante le 3 juin, pour aller au Vésinet.

OBSERVATION XXIII

Fibromes multiples. — Guérison. — Par M. Richelot

Juliette B... est une femme de 41 ans... Examinée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Landrieux, en mai 1886, la malade est très souffrante et presque paraplégique ; mais elle n'a ni métrorrhagies, ni douleurs hypogastriques (elles ont cessé), et son état général est satisfaisant.

Au toucher, le col utérin a sa direction normale ; le corps paraît en rétroflexion prononcée, saillant dans le cul-de-sac postérieur du vagin ; par le rectum on apprécie mieux sa forme et ses dimensions ; il est volumineux, bosselé, comme bourré de petits fibromes.

L'utérus est peu mobile et paraît enclavé dans le petit bassin.

Les douleurs incessantes (sur le trajet des deux nerfs sciatiques), la faiblesse des jambes, la tendance probable de ces tumeurs à n'augmenter de volume, à s'enclaver de plus en plus, à comprimer les organes voisins, rendent nécessaire une opération radicale. Je fais passer la malade à l'hôpital Bichat et je fais l'hystérectomie vaginale le 5 juillet... Juliette B... se lève le 27 juillet et nous quitte bien portante au bout d'une semaine.

OBSERVATION XXIV

Prolapsus utérin. — Guérison. — Par M. Richelot

Elisabeth J..., soixante ans, blanchisseuse, est mère de 6 enfants, et n'a jamais eu d'affection utérine. Ses règles ont toujours été normales ; à quarante-six ans est survenue la ménopause.

Depuis sept ans environ, l'utérus est peu à peu descendu. A cette époque, le museau de tanche affleurait l'orifice vulvaire, se réduisait par la position assise et n'apportait aucune gêne pendant la marche ou pendant le travail. La procidence augmenta graduellement, et depuis deux ans, elle est complète.

La tumeur saillante au dehors est constituée par l'utérus tout entier ; le fond de l'organe est senti nettement au-dessous de l'orifice vulvaire ; sa cavité mesurée n'est pas notablement agrandie. Renversement complet du vagin ; cystocèle et rectocèle. Il y a depuis deux ans des douleurs pelviennes, une pesanteur incommode, et la marche est devenue presque impossible.

... La malade accepte avec empressement l'idée d'une intervention qui la délivrera de son infirmité. L'opération eut lieu le 25 juillet 1886..... Le 1er septembre, je vis sans étonnement la cystocèle reparaître et augmenter peu à peu jusqu'au milieu du mois... La malade eut bientôt un prolapsus tout aussi volumineux qu'autrefois et quitta l'Hôpital vers le 15, avec l'intention de subir prochainement l'opération complémentaire que je lui avais promise. Celle-ci fut faite à l'Hôtel-Dieu dans le courant d'octobre : large avivement des parois antérieure et postérieure, et cloisonnement du vagin par le procédé de Le Fort ; suture au crin de Florence.

Comme la vulve est très large, avivement et suture des grandes lèvres dans leur moitié inférieure. Guérison parfaite au bout d'un mois.....

J'ai fait ici l'Hystérectomie vaginale sans y être forcé..... mais je ne veux pas donner cette conduite à suivre en tous cas.

S'il est permis aux chirurgiens habitués à l'hystérectomie vaginale de la choisir d'emblée dans certaines conditions, cette manière de faire ne peut être érigéé en principe, et les divers procédés de rétrécissement du vagin et de la vulve conservent toute leur importance. Mais, en revanche, comme certaines femmes ont des tissus tellement lâches que les avivements et les sutures n'y peuvent rien et que toujours l'infirmité se reproduit, il est bon de savoir que l'hystérectomie vaginale, sans faire courir de grands dangers, peut triompher de ces prolapsus rebelles

OBSERVATION XXV

(*Société de chirurgie. Séance du 10 Février 1886*)

Il s'agit d'une femme de 47 ans qui était tourmentée par des métrorrhagies continuelles et par des pertes sanieuses et fétides ; son utérus remontait au-dessus du pubis, et le diagnostic de cancer primitif du corps de l'organe avait été porté par un médecin de l'Hôtel-Dieu. M. Pozzi pensa aussi qu'il s'agissait d'un cancer du corps et pratiqua l'hystérectomie vaginale ; l'opération fut laborieuse ; la ligature du ligament large fut particulièrement difficile. Néanmoins l'utérus fut enlevé ; mais l'examen montra que le corps de l'utérus était seulement atteint de métrite chronique hypertrophique avec un très petit fibrome dans sa cavité.

La malade a succombé le troisième jour aux suites de l'opération.

Indépendamment des observations qu'on vient de lire et que nous avons recueillies dans la thèse de A. Gomet et celle de R. de Madec, nous savons que MM. Terrier et Von Teuffel ont fait aussi avec succès des hystérectomies vaginales pour des corps fibreux, En ce moment, le nombre de ces opérations faites pour des affections non cancéreuses s'élève à 17, savoir : 7 pour corps fibreux, 2 pour rétroflexion, 5 pour prolapsus, 2 pour métrite chronique prise pour un cancer, 1 pour hystéralgie.

MORTALITÉ OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Dans les pages qui suivent, nous allons largement mettre à contribution le travail que M. Maurice Hache vient de faire paraître il y y a quelques jours (15 avril 1887), dans la *Revue des sciences médicales*. C'est l'étude la plus récente sur la Colpohystérectomie et celle qui contient le plus de faits propres à nous éclairer sur la valeur de l'opération.

La mortalité absolue de toutes les opérations d'hystérectomie connues jusqu'à ce jour, et le chiffre s'en élève à 495, est de 24,29 0[0. En séparant les opérations pour cancer, on trouve pour elles 24,47 0[0 et pour les autres 17,64 0[0 de mortalité. Ces dernières peuvent donc être considérées comme bien moins dangereuses, et sur les 17 malades dont nous parlions plus haut, 2 seulement ont succombé. A quoi peut être due la difference de gravité que présente l'opération, suivant qu'elle est faite pour un cancer ou une autre lésion? Elle tient à deux causes : 1° à l'insuffisance de beaucoup d'hystérectomies que l'on a crues complètes. Le mal n'a pas été extirpé dans sa totalité; les ligaments larges et les culs-de-sac du vagin

envahis par le néoplasme ont été la cause de récidives parfois très rapides; 2° à ce que l'opération a été faite trop tard et dans des cas absolument désespérés. Il est en effet beaucoup de chirurgiens qui traitent le cancer à son début par l'amputation sous-vaginale du col, ne recourent à la supra-vaginale que si le col tout entier est envahi, et ne pratiquent l'hystérectomie que quand ils n'ont plus d'autre ressource.

L'insuffisance de l'hystérectomie expliquant la différence de gravité que tous les auteurs ont signalée, a surtout été mise en lumière par Martin. Cet opérateur a fait 93 colpohystérectomies dont on peut comparer utilement les résultats, puisqu'elles ont été pratiquées dans les mêmes conditions de milieu, d'opérateur et de procédé. Dans 65 cas où Martin a cru extirper complètement le néoplasme, il a eu 54 guérisons et 11 morts ; mortalité, 16,92 0/0. Dans les 28 autres opérations, le cancer n'ayant pu être enlevé en totalité, il y a eu 9 morts ; mortalité, 32 0/0, soit presque le double.

Sur 11 hystérectomies pratiquées pour cancer par M. Bouilly, deux fois la néoplasie dépassait l'utérus et on avait pu le reconnaître avant l'opération. Les deux malades moururent ; des 9 autres, une seule a succombé.

Résultats éloignés de l'hystérectomie

« Sur 150 cas revus un certain temps après l'opération, la récidive a été constatée 71 fois, savoir :

De 0 à 3 mois, 22 fois par les opérateurs suivants : Billroth (2 cas), Brennecke (4 cas), Duvelius, Lannelongue, Martin (9 cas), Richelot, Staude (2 cas), Tédenat, Teuffel, Tillaux.

De 3 à 6 mois, 20 fois, par J. Bœckel, Bottini, Brenneke (2 cas), Buttlehner, Demons, Kufferath, Mandillon, Martin (8 cas), Pawlik, Schatz, Tédenat, Terrier.

De 6 à 9 mois, 10 fois par Bull, Buttlehner, Demons, Martin (6 cas), Schatz.

De 9 à 12 mois, 9 fois par Blundell, Duvelius (2 cas, dont une récidive dans le bassin), Martin (2 cas), Récamier, Sänger, Staude, Willets.

De 12 à 18 mois, 8 fois, par Martin (3 cas), Marchand, Olshausen (3 cas), Staude.

Et une fois, *au bout de quatre ans*, par Martin ; la récidive s'est faite dans l'ovaire.

79 fois l'absence de récidive a été constatée :

De 1 à 3 mois, 5 fois, par Claus, Kocher, Martin (3 cas).

De 3 à 6 mois, 8 fois, par Duncan, Gillette, Martin (2 cas), Tauffer (2 cas), Richelot (2 cas),

Chez l'une de ces malades, revue au bout de 3 mois, un bourgeon cancéreux développé pendant la cicatrisation avait été enlevé par une petite opération secondaire.

De 6 à 9 mois, 5 fois, par Bottini, Hennig, Martin (2 cas), Terrier, Trélat.

De 9 à 12 mois, 7 fois, par Clauss (2 cas), Mundé, Novaro (3 cas), Tauffer.

De 12 à 23 mois, 19 fois par Bernays, Brennecke (4 cas), Duvelius (2 cas), Martin (7 cas), Pozzi, Staude, Terrier, Teuffel, Trélat.

De 2 à 3 ans, 23 fois par Buttlehner, Duvelius (2 cas), Martin (7 cas), Olshausen (4 cas), Schatz, Schröder (2 cas), Veit, Zweifel.

De 3 à 4 ans, 9 fois, par Dudon, Martin (7 cas), Péan.

Enfin Martin a revu 3 opérées au bout de plus de 4 ans; une au bout de 4 ans et 5 mois, une au bout de 5 ans et 5 mois, et une au bout de 5 ans et 6 mois. (1).

(1) La malade, opérée par M. Dudon le 6 janvier 1883, ne présente pas trace de récidive le 28 avril 1888. C'est donc jusqu'à ce jour, le dernier ou nous l'avons revue, une survie de quatre ans, trois mois et vingt-deux jours.

D'après les chiffres précédents, on peut établir approximativement la répartition des survies et des récidives sur 100 opérées. Pour établir cette proportion, nous avons considéré toutes les malades perdues de vue moins d'un an après l'opération comme ayant récidivé immédiatement après le dernier examen qu'elles ont subi. Pour celles dont la période d'observation a dépassé un an, nous avons porté comme récidivées la moitié de celles qui ont été perdues de vue. Les résultats qui suivent doivent donc être considérés comme l'interprétation la plus pessimiste de notre statistique. Comme chiffre de mortalité, nous prenons celui qui résulte de la statistique des deux dernières années.

Sur 100 opérées :

23 succombent à l'opération ;

15 récidivent dans les 3 mois } 28, 1er semestre.
13 — de 3 à 6 — }
13 — de 6 à 12 mois : 13, 2e —
10 — de 1 an à 2 ans : 10, 2e année.

26 sont encore bien portantes au bout de 2 ans.

En cherchant quelle quotité pour 100 représentent les récidives par rapport au nombre des opérées survivantes au début de chacune de ces périodes, on trouve :

Pour le premier trimestre.	19.48 0/0
— le second —	20 0/0
— l'ensemble du 1er semestre.	36.36 0/0
— le second semestre.	26.53 0/0
— l'ensemble de la première année . . .	53.24 0/0
— la seconde année.	27.77 0/0

En somme, les chances de récidive restent sensiblement égales pendant les deux premiers trimestres, pour décroître graduellement ensuite. Relativement aux récidives de la seconde année, le chiffre que nous donnons n'a pas grande valeur, car il repose sur un trop petit nombre de faits.....

Que conclure de ces faits ?

Ce qui frappe le plus, c'est la grande proportion des récidives du premier semestre et leur égale répartition dans ses deux trimestres. Elle est due pour la plus grande part aux opérations macroscopiquement ou histologiquement incomplètes.

La statistique de Martin est très démonstrative à ce sujet... Malheureusement l'extension qu'a prise le cancer au moment de l'intervention n'est pas le seul facteur de ces récidives rapides, et certaines malades, opérées avec des lésions très limitées, sont reprises plus rapidement que d'autres chez lesquelles l'ablation n'a pas été complète. Tous les cancers, du reste, exposent à des déconvenues de ce genre, que ne font comprendre ni la forme histologique de la néoplasie, ni son siège anatomique, ni le terrain sur lequel elle évolue ». (Maurice Hache, *loco citato.*)

En tenant compte des faits publiés jusqu'à ce jour, on peut conclure que la variété du cancer dont il faut le plus redouter la récidive est l'*épithélioma du museau de tanche.*

D'après Martin, la survie est beaucoup plus longue pour le cancer du corps que pour le cancer du col.

La récidive a pour siège de prédilection la muqueuse vaginale, et c'est précisément pour s'opposer à ce retour de l'affection que M. Richelot a proposé la résection circulaire du vagin, décrite aux procédés opératoires.

Hystérectomie abdominale

L'hystérectomie abdominale appliquée au traitement du cancer utérin (opération de Freund) a donné des résultats déplorables. Nous ne la citons que pour mémoire et elle n'a que quelques rares partisans. La mortalité qu'elle a fournie est de 71,73 °/° sans que, d'après Hégar, on ait pu constater une seule guérison éloignée.

CONCLUSIONS

1° Tout cancer opérable de l'utérus doit être enlevé par l'hystérectomie vaginale.

2° Cette opération est supérieure à l'amputation sous-vaginale et supra-vaginale du col, et surtout à la laparo-hystérectomie.

3° Elle doit être pratiquée au début de la lésion,

4° Elle est à rejeter si les annexes et les organes voisins, rectum, vessie et vagin, sont envahis par l'infiltration cancéreuse.

5° La résection préventive (procédé Richelot) des parois vaginales est une opération logique.

6° D'après les statistiques de Sara Post, la mortalité de l'hystérectomie vaginale est en décroissance. De 37 % pour les opérations antérieures

à 1880, elle est, en 1881 et 1882, de 27 °/° ; en 1883, de 22,78 °/° ; en 1884, de 25,23 °/° ; en 1885, de 20,28 °/° (M. Hache, *loco citato*).

C'est donc une opération en voie d'amélioration et destinée à prendre de l'extension sous l'influence des progrès du manuel opératoire et de la méthode antiseptique.

Vu : Bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

Dr DEMONS.

Vu :

Le Doyen,

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 29 avril 1887.

Le Recteur de l'Académie,

H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Récamier. — *Recherches sur le traitement du cancer*. Paris 1829.

Picqué. — Th. d'agrégation 1880.

Schwartz. — *Revue de chirurgie* 1882.

Demons. — Archiv. génér. de médecine, septembre 1833. — *Revue de chirurgie*, juillet 1884.

Doche. — *De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer*. Th. Bordeaux 1884.

Revue des sciences médicales, années 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, passim.

Gomet. — De l'Hystérectomie vaginale en France, Th. Paris 1886.

Courtin et Chaleix. — Contribution à l'étude de l'Hystérectomie. Bruxelles 1886.

Péan. — *Ablation des tumeurs fibreuses de l'utérus par la voie vaginale*, (Gazette des Hôpitaux, 13 mai et 12 octobre 1886).

Kœberlé. — *Traitement des cancers de la matrice par l'Hystérectomie*, (Gazette hebdomadaire, 26 février 1886).

Congrès français de chirurgie 1886.

Richelot. — *Hystérectomie vaginale*, (Union médicale 1886, nos 25, 95, 106, 151, 164, et 1887, nos 5 et 21).

R. de Madec. — *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus*. Paris 1887.

M. Hache. — *De l'Hystérectomie vaginale pour cancer* (Revue des sciences médicales 1887, 15 avril).

Bordeaux. — Imprimerie du Centre, 56, place Pey-Berland.